

Questionnaire de satisfaction à destination des personnes en situation de handicap

Date : / / 20

Chers usagers, nous serions ravis si vous acceptiez de répondre aux questions qui suivent pour nous aider à nous améliorer à propos de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Nous vous remercions de cocher les cases qui correspondent à votre situation ou ressenti et de restituer le questionnaire à l'accueil.

Information sur votre situation

Quelle est votre situation de handicap ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Handicap moteur | <input type="checkbox"/> Problème d'élocution et de langage |
| <input type="checkbox"/> Handicap auditif | <input type="checkbox"/> Maladies invalidantes |
| <input type="checkbox"/> Handicap psychique | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Handicap visuel | |
| <input type="checkbox"/> Handicap mental | |

Vous êtes ?

- Visiteur
- Patient dans le cadre d'une hospitalisation
- Patient dans le cadre d'une consultation
- Résident

Accueil et accessibilité

Avez-vous eu des appréhensions avant votre venue ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

Avez-vous été satisfait de votre accueil au sein de la structure ?



Très satisfait

Satisfait

Assez satisfait

Pas satisfait

Si vous avez coché « pas satisfait », pour quelle raison ?
.....
.....

Trouvez-vous les locaux et services accessibles ?

- Oui,
- Non,
- Partiellement,

Si partiellement ou non, pour quelle raison ?
.....
.....

La prise en soin et l'accompagnement

Avez-vous été satisfait des soins ?



Très satisfaisait

Satisfait

Assez satisfait

Pas satisfait

Avez-vous été confronté à un refus de soins par nos professionnels ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Avez-vous eu besoin d'un accompagnement spécifique lié à votre situation de handicap ? (aide humaine, aide technique, etc...)

- Oui, lequel ? :
.....
- Non

Si oui, L'aide ou le support de votre choix a-t-il été accepté ?

- Oui
- Non

Si vous êtes accompagné d'un aidant, celui-ci a-t-il eu la possibilité de participer à votre prise en soins ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que notre accompagnement est adapté aux personnes en situation de handicap ?

- Oui
- Non
- Partiellement

Si vous avez coché « non » ou « partiellement, pourquoi ?

.....
.....
.....

Trouvez-vous que les professionnels de l'établissement sont formés et sensibilisés aux situations de handicap ?

- Oui
- Non, pour quelle raison ?

Avez-vous des suggestions pour améliorer notre accueil et accompagnement des personnes en situation de handicap ?

.....
.....
.....
.....

Merci de restituer le questionnaire à l'accueil

